

сти плечевого сустава при застарелых частичных повреждениях является первоочередной задачей. Это достижимо за счет ликвидации биомеханических нарушений первой фазы плече-лопаточного ритма путем использования предложенной нами методики, что ведет к стабилизации ПС, а также с учетом вышесказанного позволяет проводить адекватное восстановительного лечения этого контингента больных. Так, исходы оперативного лечения с использованием предложенной нами методики (Патент № 4943) позволили получить хорошие результаты в сроки 12,09 ± 0,05 мес. при СКИ=4,7±0,02 и величине раскрытия ПЛУ= 79,62±0,09 град. Однако, выполнение способа латерализации сухожилия надостной мышцы при ее функциональной несостоятельности исключало повторное оперативное вмешательство и способствовало значительному сокращению общих сроков реабилитации 6,25±1,12 мес. (СКИ=4,79±0,10 и ПЛУ=1,12±6,18 град).

#### **Выводы.**

Таким образом, декомпрессия надостной мышцы без учета ее функциональной состоятельности является неоправданным вмешательством. Выполнение предложенной нами методики лечения застарелых частичных повреждений РМП позволяет получить хорошие результаты (СКИ-4,92±0,01) с восстановлением двигательной активности в более отдаленные сроки. Оптимальным, с нашей точки зрения, является способ латерализации сухожилия надостной мышцы, дающий полноценное восстановление функции плечевого сустава в сроки 6,25±1,12 мес. при СКИ, соответствующим 4,79±0,10 баллам.

#### **Литература:**

1. Миронов, С.П. Атлас артроскопической хирургии

плечевого сустава / С.П. Миронов, С.В. Архипов. - М.: ЛЕСАПарт, 2002. - 176 с.

2. Способ лечения застарелых частичных повреждений ротаторной манжеты плеча: пат.4943 Респ. Беларусь, МПК7 А61В 17/56/ М.Г. Диваков, Э.А. Аскерко; заявитель Вит. гос. мед. ун-т.- № а19990544; заявл.01.06.99; опубл.30.03.03 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. - 2003. - № 1. - С. 89.

3. Abrams, J.S. Arthroscopic rotator cuff surgery. A practical approach to management / J.S. Abrams, R.H. - Bell. - New York: Springer Science+Business Media, 2008. - 393 p.

4. Ellman, H. P. Arthroscopic subacromial decompression: analysis of one- to three-year results / H. P. Ellman // Arthroscopy. - 1987. - Vol. 3. - P. 173-181.

5. Fukuda, H. The management of partial-thickness tears of the rotator cuff / H. Fukuda // J. Bone Joint Surg. - 2003. - Vol.85-B, N 1. - P. 3-11.

6. Galatz, L.M. Pectoralis major transfer for anterior-superior subluxation in massive rotator cuff insufficiency / L.M. Galatz, P.M. Connor, R.P. Calfee // J. Shoulder Elbow Surg. - 2003. - Vol. 12, N 1. - P.1-5.

7. McConville, O.R. Partial-thickness tears of the rotator cuff: evaluation and management / O.R. McConville, J.P. Iannotti // J. Am. Acad. Orthop. Surg. - 1999. - Vol. 7, N 1. - P. 32-43.

8. Neer, C.S. Anterior acromioplasty for the chronic impingement syndrome in the shoulder / C.S. Neer // J. Bone Joint Surg. - 1972. - Vol. 54-A, N 1. - P. 41-50.

9. Pearsall, A. W. The results of arthroscopic versus mini-open repair for rotator cuff tears at mid-term follow-up / A.W. Pearsall, K.A. Ibrahim, S.G. Madanagopal // J. Orthop. Surg. - 2007. - N 2. - P. 24.

10. Prochazka, P. Results of arthroscopic subacromial decompression in 50-year-old patients / P. Prochazka // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. - 2001.-Vol. 68, N 1. - P. 39-44.

## **КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Бейнер Ю.Ф., Гренков Г. И.**

**УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"**

**Введение.** При начальной клинической оценке проявлений острого панкреатита можно значительно недооценить тяжесть патологического процесса, при котором впоследствии развиваются осложнения с высокой летальностью [2]. Причина заключается в том, что клинически оценивается только физиологическая или системная реакция пациента. Рентгеновская компьютерная томография (КТ) позволяет отображать протяженность и степень повреждения поджелудочной железы, прогнозировать развитие осложнений до их клинического проявления [3]. Наиболее информативна КТ с внутривенным контрастным усилением и пероральным контрастированием желудка и тонкой кишки [1].

**Цель исследования.** Выявить частоту встречаемости КТ-проявлений острого панкреатита при различной степени тяжести воспалительного процесса.

**Материал и методы.** Обследовано 43 пациента с острым панкреатитом в возрасте от 24 до 69 лет. Диагноз

острого панкреатита к моменту исследования был установлен на основании клинических и лабораторных данных, а также данных УЗИ. Целью КТ-исследования было определение степени тяжести воспалительного процесса, а также диагностика осложнений острого панкреатита. КТ-исследование выполнялось в сроки от 4 и до 17 дней с момента начала заболевания, проводилось с помощью мультиспирального компьютерного томографа "Light Speed Pro 32". В качестве контрастного вещества использовались йодосодержащие неионные препараты омнипак и визипак.

**Результаты и обсуждение.** По совокупности патологических изменений со стороны поджелудочной железы и окружающих тканей была проведена оценка степени тяжести воспалительного процесса по Balthazar et. al, 1990 [2]. Стадия А была выявлена у 3 пациентов (6,9%), стадия В также у 3 пациентов (6,9%), стадия С у 10 пациентов (23,3%), стадия D у 17 пациентов (39,6%), стадия Е у 10 пациентов (23,3%).

**Таблица - Частота выявления КТ-признаков воспалительного поражения поджелудочной железы и окружающих тканей**

К-во исследований, %			Стадия воспаления					
			Всего	A	B	C	D	E
				3 (6,9)	3 (6,9)	10 (23,3)	17 (39,6)	10 (23,3)
Признаки, %			43					
Восп. инф. клет-чатки	парапанкр. клетчатка		37 (86)	0	0	10 (100)	17 (100)	10 (100)
	пер. парарен. клетчатка		29 (67,4)	0	0	6 (60)	15 (88,2)	8 (80)
	задн. парарен. клетчатка		5 (11,6)	0	0	1 (10)	3 (17,6)	1 (10)
	перирен. клетчатка		7 (16,3)	0	0	2 (20)	3 (17,6)	2 (20)
	Клетчатка брыжейки		34 (79,1)	0	0	7 (70)	17 (100)	10 (100)
Жидк. кол- лек- торы.	парапан-креатич.		28 (65)	0	0	4 (40)	14 (82,3)	10 (100)
	сальн. сумка		15 (34,9)	0	0	0	6 (35,3)	9 (90)
	другие		7 (16,3)	0	0	0	3 (17,6)	4 (40)
	Брюшная полость		21 (48,8)	0	0	3 (30)	10 (58,8)	8 (80)
Вы- пот	малый таз		19 (44,2)	0	0	1 (10)	8 (47)	10 (100)
	плевральн. полость		34 (79,1)	1 (33,3)	2 (66,7)	9 (90)	12 (70,5)	10 (100)
	в том	ателектаз -	15	1	2	7	3	2
	числе	ателектаз+	19	0	0	2	9	8
			15 (34,9)	0	0	4 (40)	11 (64,7)	0
Мягкий некроз								
			13 (30,2)	0	0	0	6 (35,3)	7 (70)
Умеренный некроз								
Распространенный некроз			3 (6,9)	0	0	0	0	3 (30)

Достоверно визуализируемый некроз ткани поджелудочной железы был обнаружен у 31 пациента (65,9%). Так называемый мягкий некроз (менее 30% панкреатической паренхимы) наблюдался у 15 пациентов (34,9%), умеренный некроз (30 -50% панкреатической паренхимы) - у 13 пациентов (30,2%), распространенный некроз (более 50% панкреатической паренхимы) у 3 пациентов (6,9%).

Отечно-инфильтративные изменения парапанкреатической клетчатки встречались у всех 37 пациентов со стадиями С, D и E (86% от общего числа исследуемых). Аналогичные изменения со стороны брыжейки тонкой кишки наблюдались у 34 пациентов (79,1%), со стороны передней параренальной клетчатки у 29 пациентов (67,4%), задней параренальной клетчатки у 5 пациентов (11,6%), периренальной клетчатки у 7 пациентов (16,3%). Также были выявлены жидкостные коллекторы различной величины: в парапанкреатической клетчатке у 28 пациентов (65%), в сальниковой сумке у 15 пациентов (34,9%), других локализаций (периренальная клетчатка, параколон и др.) у 7 пациентов (16,3%).

Выпот в брюшной полости присутствовал у 21 пациента (48,8%), в малом тазу у 19 пациентов (44,2%), в плевральных полостях у 34 пациентов (79,1%). При этом у 19 пациентов из 34 отмечались признаки гиповентиляции и субсегментарные ателектазы в заднебазальных отделах легких.

Данные исследования представлены в таблице.

## Выводы.

По результатам проведенного исследования при остром панкреатите в первую очередь возникают отечно-инфильтративные изменения парапанкреатической клетчатки (наблюдались в 100% случаев при стадиях С, D, и E), а также брыжейки тонкой кишки (в 100% случаев при стадиях D, и E). Несколько реже вовлекалась передняя паранефральная клетчатка и гораздо реже - задняя паранефральная и перинефральная клетчатка. Наличие выпота в брюшной полости и малом тазу характерно в основном для тяжелого течения процесса, а вот экссудат в плевральных полостях нередко наблюдается и при более легкой степени воспаления. В этом случае о тяжести процесса свидетельствует наличие гиповентиляции и ателектатических изменений в заднебазальных отделах легких.

## Литература:

1. КТ с контрастным усилением в диагностике панкреатитов / Г. Г. Кармазановский [и др.] //Мед. визуализация. - 1999. - № 2. - С. 40-48.
2. Мальцева, Л. А. Острые панкреатиты / Л. А. Мальцева. - К.: "Четверта хвиля", 2005. - 256 с.
3. Прокоп, М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: в 2-х т. / М. Прокоп, М.Галански. - М.: "МЕДпресс-информ", 2006. - Т. 2. - 712 с.: ил.